



แบบขอรับการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาล
มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาล

เรียน ประธานกรรมการมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด

- ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ข้าพเจ้าเคยปฏิบัติงานที่ ฅ.ก.ส.รวมระยะเวลา.....ปี ตำแหน่ง (สุดท้าย)
สังกัด ฅ.ก.ส.....เกษียณอายุปี พ.ศ.....
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บป่วยเป็น.....
โดยได้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่ที่.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ข้าพเจ้าขอรับการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาลจากมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด (มจส.)
เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)
โดยแนบหลักฐานการจ่ายเงินคำปรึกษาพยาบาลจำนวน.....ใบและใบรับรองแพทย์
ฉบับจริงมาพร้อมนี้
ทั้งนี้ขอให้ มจส.โอนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าบัญชีเงินฝากเลขที่.....
ชื่อบัญชี.....ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
สาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอรับการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาล

หมายเหตุ : ช่องทางการส่งแบบขอรับการช่วยเหลือถึง มจส.

(1.) โทรศัพท์ 02-587-2965

(2.) Email : ciardbaac@gmail.com

(3.) ทางไปรษณีย์ มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด อาคาร ฅ.ก.ส.ประชาชื่น เลขที่ 48/8 หมู่ 18
ช.เสริมสุข ถ.ประชาชื่น แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900